A POLÍTICA ANTIDROGAS BRASILEIRA: VELHOS DILEMAS[1]

Maria Lúcia Teixeira Garcia[2]
Fabíola Xavier Leal
Cassiane Cominoti Abreu
Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil

RESUMO: O debate atual sobre drogas tem sido organizado em torno de discursos científicos que tendem a configurar a questão ora como problema de segurança pública (relacionado ao tráfico e à repressão), ora como problema de saúde pública (relacionado à repressão da demanda por um lado e à redução de danos por outro). O presente texto traz uma reflexão que busca configurar como a política de enfrentamento às drogas no Brasil enseja em suas proposições uma luta entre as lógicas de segurança pública e de saúde pública expressas no embate entre as duas políticas instituídas pelo governo brasileiro no enfrentamento à questão – a política nacional antidrogas regulamentada em 2003 pela Secretaria Nacional Antidrogas (estrutura criada no governo Fernando Henrique Cardoso – FHC - por meio da medida provisória nº 1669, de 1998, e modificada no governo Lula para "Política Pública Sobre Drogas") e a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Drogas do Ministério da Saúde (também formulada no governo FHC).

PALAVRAS-CHAVES: Política antidrogas; Política pública; Política de saúde; drogas.

BRAZIL'S ANTI-DRUGS POLICIES: OLD DILEMMAS

ABSTRACT: The current debate in relation to drugs has been formed around scientific speeches which tend to configure the issue about drugs either as a public security matter (related to the drug trafficking and the offer repression) or as a public health matter (related to demand repression on one hand and harm reduction on the other). The present paper brings a reflection which seeks to configure how the confrontation policies to drugs in Brazil attempt, in their propositions, to a struggle in the logic of public security expressed in the opposition between the confrontation policies in relation to the drug issue – the national anti-drug policy instituted in 2003 by the National Anti-drug Department (a structure created in the government of Fernando Henrique Cardoso by the provisory measure nº. 1669 of 1998 and changed in Lula's government to Public Policy about drugs) and the whole attention policy to drug and alcohol users of the Ministry of Health (instituted in Fernando Henrique Cardoso's government).

KEYWORDS: Drug policy; public policy; health policy; drugs.

O debate hoje em relação às drogas[3] vem sendo construído em torno de discursos científicos que tendem a configurar o problema ora como questão de segurança pública (relativo ao narcotráfico e a repressão da oferta), ora como questão de saúde pública (relativo à repressão da demanda por um lado e à redução de danos por outro). O presente texto traz uma reflexão que busca refletir como a política de enfrentamento às drogas no Brasil enseja em suas proposições uma luta entre as lógicas de segurança pública e de saúde pública. Tal processo se configura no embate entre as políticas de enfrentamento à questão – a Política Nacional Antidrogas instituída em 2003 pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD – estrutura criada no governo Fernando Henrique Cardoso pela medida provisória nº 1669, de 1998, modificada no governo Lula para Política Pública Sobre Drogas) e a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Drogas do Ministério da Saúde (instituída no governo FHC). Como espaços contraditórios, as políticas refletem uma arena em que comparecem múltiplos interesses (produtores, comerciantes, governo, usuários, especialistas, entre outros. A esse respeito, cf. Babor, Caetano, & Casswel, 2003).

Atualmente, o problema mais enfatizado ao nível do discurso de líderes políticos e governantes é o comércio ilegal de drogas. Para MacRae (1996), o mais perigoso talvez seja a ameaça apresentada às estruturas democráticas de muitos países. O poderio quase irresistível dos recursos oriundos do tráfico de drogas, por sua natureza ilícita, só pode atuar em oposição a todos os mecanismos reguladores da economia mundial. Como uma mercadoria, o consumo de drogas é estimulado como

produto, com mercado e marketing estabelecidos, e com lucros que chegam à casa de 500 bilhões de dólares/ano. Vários autores têm demonstrado como a posição de ilegalidade (atribuída a um conjunto de drogas) incrementou outras atividades criminosas, tais como o tráfico de armas, o contrabando, o terrorismo, as guerras e guerrilhas, os golpes de Estado e também as atividades ilícitas (Arbex Jr. & Tognolli, 2004; Assumpção & Garcia, 2005; Rocco, 1996).

O conjunto de interesses por trás do narconegócio é impressionante: indústria bélica, exploração camponesa, mercado financeiro, indústria farmacêutica, indústria de bebidas alcoólicas, indústria de fumo, apenas para citar alguns (Iulianelli, 2000). O narcotráfico enseja um jogo entre o legal e o ilegal no qual destacam-se três etapas: a da produção, da distribuição-consumo e da lavagem de dinheiro[4] (Fraga, 2000). Para que essas etapas se realizem, é necessário que o narcotráfico tanto estabeleça alianças com o Estado (através do suborno de agentes ou do recurso ao sistema financeiro, que está no lado legal da sociedade, para fins de distribuição e lavagem de dinheiro) quanto se confronte com este para uma delimitação defensiva de território, para resguardar as propriedades ocupadas com o plantio da narcoplanta (Izquierdo, 2000). É assim, através dos esquemas de corrupção, que o crime organizado estabelece alianças e conchavos com o Estado (Leal, no prelo).

Todas essas questões têm relação direta com os processos econômicos e políticos existentes nos países latino-americanos e com as opções desesperadas de entrada no mercado capitalista, ainda que pela via quase exclusiva dos negócios "ilegais" e "ilícitos" (Ribeiro, 2000). Explicações preconceituosas, etnocêntricas e ideologizadas tendem a escamotear tais processos. O discurso, centrado numa preocupação sanitarista de erradicação do narcotráfico, reflete interesses das elites internas dos EUA, o que na prática pode traduzir conteúdos que também consigam revelar uma disputa econômica da direção do negócio ilícito. Para Kopp (1997), os traficantes de droga constituem um oligopólio. Quando pertencem à "criminalidade organizada", eles se protegem da repressão pela corrupção, violência e astúcia. Nessas condições, o risco de ser preso diminui e os preços aumentam, gerando lucro. Opostamente, os pequenos traficantes são expostos ao risco de serem presos (um risco real para eles). Essa exposição desigual ao risco é a explicação do caráter permanentemente oligopolista do mercado da droga.

Como o Brasil tem-se colocado, em termos de legislação pertinente à questão das drogas? Em uma perspectiva histórica, observa-se que o país tem regulamentação sobre as drogas desde 1938 (Decreto-Lei de Fiscalização de Entorpecentes n° 891/38, posteriormente incorporada ao artigo 281 do *Código Penal* de 1941). O Código Penal Brasileiro resulta das diversas inovações proporcionadas pela gestão do Presidente Getúlio Vargas (1930-1945), a qual definia como foco das preocupações o trabalhador, sobre quem o governo deveria impingir ações para conter um comportamento desviante (Matos, 2000). Tomando como exemplo a questão das campanhas antialcoólicas, essa autora destaca que o discurso médico apresentava aspectos de normatização, explicitando um imaginário social urbano em transformação em que se manifestava o perfil idealmente construído de como deveria ser o trabalhador.

A concepção delineada no *Código* configurava uma perspectiva criminalizadora do consumo de drogas (classificadas como ilegais). Havia uma preocupação na elaboração de estratégias de controle sobre a população trabalhadora. Mantinham-se vivas as lembranças das tensões em torno das intensas manifestações operárias e populares dos anos 20 do século passado. As estratégias de ação nas campanhas eram diversificadas: palestras e conferências, propaganda (cartazes, folhetos, etc.) e Semana Antialcoólica. Nessas campanhas procurava-se envolver a sociedade como um todo numa "cruzada", na qual o Estado teria o papel central, com o apoio de instituições científicas, religiosas, educacionais, imprensa, clubes desportivos, entre outras (Matos, 2000).

Musumeci (1994), fazendo uma reflexão sobre os antecedentes históricos da questão do alcoolismo no Brasil, cita documentos das décadas de 1910, 1920 e 1930, apontando para a inércia da ação estatal frente à questão. Essa inércia converteu a educação antialcoólica em um mecanismo privilegiado. Cabe registrar a instalação em 1925 no Brasil da União Brasileira Pró-Temperança (ramificação da *World's Women's Christian Temperance Union*). Segundo Musumeci, em pouco tempo a união pró-temperança reuniu filiais em diferentes estados brasileiros, instituindo a comemoração da "semana Antialcoólica". Composta exclusivamente por mulheres, o grupo recebeu em 1950 o título de instituição de utilidade pública. Barbosa (2005), resgatando a história da ação social da igreja adventista no Brasil, destaca as ações de temperança desenvolvidas. Aponta, por exemplo, que em 1961, durante dois meses, foram realizadas 134 palestras e sermões sobre alcoolismo, tabagismo e temperança, contando com a participação de especialistas da área da saúde.

McAllister, historiador americano, identifica em *Drug diplomacy in the Twentieth Century* (2001) as matrizes das medidas repressivas do atual combate às drogas no cenário sociopolítico norte-americano, localizando o início do processo no começo do século XX, período marcado por ações estatais de salubridade pública à medida que a medicina era rapidamente instrumentalizada como saber estatal. O autor identifica nos Estados Unidos o *locus* fundamental onde as demandas sociais proibicionistas são encampadas por um Estado que também catalizará as ini-

ciativas diplomáticas internacionais de controle de drogas. É nesse cenário que as demandas configuradas a partir das *ligas pela temperança* (associações puritanas organizadas contra o álcool, jogo e a prostituição) são absorvidas rapidamente pelo Estado (Rodrigues, 2002). Concordamos com MacRae (1996) quando este alerta para as conseqüências que a adoção da política proibicionista tem trazido à sociedade: por um lado, impõe à clandestinidade determinadas substâncias; por outro, não consegue evitar seu uso e ainda dificultam seu controle.

Diversas alterações legislativas[5] no curso da história brasileira culminaram na Lei 6368/76, estabelecida no governo militar do presidente Ernesto Geisel (Brasil, 1976). Essa lei entra em vigor inserida em um contexto marcado pelo trabalho realizado por uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Congresso Nacional. Aberta em 1973 após as mortes de duas crianças (Araceli Cabrera Crespo, no Espírito Santo, e Ana Lídia Braga, em Brasília) vítimas de crimes que tinham relação com as drogas, essa CPI propôs ao final um projeto de lei cujo teor foi incorporado em grande parte à lei 6368/1976 (Amuy, 2005). As políticas de enfrentamento à questão das drogas, principalmente a partir da década de 1960, evidenciam ações baseadas essencialmente na redução da oferta de drogas, restringindo-se ao campo jurídico e/ou médico (Garcia & Leal, no prelo; Laranjeira & Romano, 2003).

Nesse período prevaleceram ações governamentais de enfoque repressivo, que buscou controlar o tráfico e o consumo de substâncias psicoativas, enviando para a prisão tanto traficantes como usuários. Essas intervenções encontravam-se fundamentadas na denominada "redução da oferta", cujo objetivo era inibir o uso indevido de substâncias ilícitas pela restrição ao acesso às drogas (Melman, 2001). Em 1975 o Ministério da Justiça (portaria 397 – B), partindo da constatação de que haveria um "progressivo aumento do tráfico e do uso de substâncias tóxicas", criou um grupo de trabalho para:

> "em articulação com o Conselho de prevenção antitóxico do Ministério da saúde, proceder ao levantamento pormenorizado dos problemas do controle e repressão do tráfico de entorpecentes e drogas afins, oferecendo ao final, sugestões de ordem legislativa e de natureza outra". (Brasil, 1975a, p. 8677).

Pari passu a esse processo, o CPA é incluído (juntamente com a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes) na Câmara Técnica de Entorpecentes e Tóxicos do Conselho Nacional de Saúde. Cabe destacar que o Conselho de Prevenção Antitóxicos (CPA) do Ministério da Educação e Cultura (MEC), criado em 1971 (como órgão de assessoramento do MEC), passaria três anos após (em 1974) para o Ministério da Saúde (através do decreto 74.083). No ano seguinte é classificado pelo Ministério da Saúde como órgão de deliberação coletiva (Brasil, 1975b). Em depoimento à CPI (em 1973), o então secretário do CPA fala da ausência de dados confiáveis sobre a questão do consumo de drogas no Brasil e da ausência de ações de orientação e informação à população (Amuy, 2005). Em seu depoimento pode-se evidenciar o caráter dos conselhos criados durante a ditadura militar. Com funções de assessoramento e articulação, esse conselho caracterizava-se por ser instrumento hipercentralizado e livre dos controles tradicionais.

O Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão (vinculado ao Ministério da Justiça) foi criado na década de 1970 e possuía representantes de órgãos que exerciam atribuições (de prevenção, fiscalização e repressão) no âmbito federal, estadual e municipal (Brasil, 1976). Através desse Sistema surgem os Conselhos Antidrogas, na década de 1980, no governo de João Figueiredo (Decreto 85.110). Chamados Conselhos de Entorpecentes (Conselho Federal – CONFEN, Conselhos Estaduais – CONENS e Conselhos Municipais – COMENS), essas instâncias contribuíram para conduzir iniciativas sobre o tema drogas no Brasil focadas no binômio abstinência-repressão (Mesquita, 2004). Na década de 1990, no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, substitui-se o Sistema anterior, criando-se o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD) e a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD).

Como nova estrutura, a SENAD é vinculada ao então Gabinete Militar da Presidência da República (hoje Gabinete de Segurança Institucional). Entre os fatos que contribuíram para essa criação, podem-se apontar a pressão da Organização dos Estados Americanos e a adesão brasileira aos Princípios Diretivos de Redução da Demanda por Drogas. Em 1995, o Congresso Brasileiro adotou uma nova legislação de controle dos químicos utilizados no refino de drogas (Organização das Nações Unidas [ONU], 2004). A criação da SENAD expressou uma estratégia política do governo brasileiro em mostrar à comunidade internacional uma postura de combate às drogas como prioridade de governo. Cabe destacar que a partir da segunda metade da década de 1980 será observado no Brasil o avanço mais explícito da política neoliberal. Entre as estratégias adotadas destacava-se a descentralização do governo como parte do processo de redemocratização após o término do modelo econômico desenvolvimentista e da ditadura militar. No entanto, no que tange à política sobre drogas, esse processo só ocorrerá mais tardiamente, com a criação nas esferas estadual e municipal dos Conselhos antidrogas[6].

A SENAD é o órgão responsável pela coordenação e articulação da Política Nacional Antidrogas – PNAD (elaborada em 2002). Ainda em 1998, o governo extinguiu o CONFEN e em seu lugar instituiu o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), com base na Medida Provisória 1689-6 (Brasil, 1998). Além dos aspectos de repressão, a SENAD ficou com atribuições relativas à prevenção, tra-

tamento e reinserção social dos usuários de drogas, competência também de outras esferas governamentais (Ministérios da Saúde, Educação e Assistência Social, entre outros). No início de suas atividades, a SENAD chegou a ser dirigida por um civil, buscou a mobilização da sociedade para debater os rumos da política pública e tentou ser mais abrangente em sua ação, como a realização do 1° Fórum Nacional Antidrogas, realizado em Brasília em 1999 (Brasil, 1999). Esse Fórum teve por objetivo abrir um canal de diálogo entre a sociedade e o governo federal, visando ao estabelecimento de uma Política Nacional Antidrogas. Em seu discurso de abertura, o então presidente Fernando Henrique Cardoso destacava o problema das drogas, a necessidade de uma política brasileira de enfrentamento da problemática, enfatizando que a política deveria ter um caráter intersetorial, com centralidade para o papel da sociedade. "Nessa matéria, ou há mobilização na sociedade, ou não se avança muito" (Brasil, 1999, p. 8). Ao optar por destacar a *mobilização na comunidade* e não *da comunidade*, destacava-se a emergência de uma nova abordagem: a perspectiva da participação social como reafirmadora das ações do Estado. Conflitos de natureza política e institucional inviabilizaram o estabelecimento de propostas que, de fato, respondessem à dimensão do fenômeno das drogas em nosso país (Mesquita, 2004).

O SISNAD orienta-se pelo princípio básico da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade, adotando como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre Governo, iniciativa privada e cidadãos – considerados individualmente ou em suas livres associações (Brasil, 2002b). Tem como um dos seus objetivos a formulação da Política Nacional Antidrogas, compatibilizando planos nacionais aos planos regionais, estaduais e municipais, bem como a fiscalização de sua execução (Brasil, 2000). A política antidrogas brasileira, sob o ponto de vista geopolítico, alinha-se aos Estados Unidos da América. Nos Estados Unidos, líder da política proibicionista, numerosos estudos encomendados pelo governo mostraram que o custo de programas de prevenção do uso de drogas e de tratamento de dependentes é muito mais barato (entre 20 e 10 vezes) e eficaz do que a repressão externa e interna respectivamente (Zaluar, 2004).

No entanto, a centralidade da política focada na droga que deve ser combatida, mantida pelo governo FHC, expressa-se na opção dada pela denominação da política – antidrogas. Tendo como bandeira de luta *"a droga"*, a atual política da SENAD tira do centro de discussão "a pessoa humana". Só recentemente (2004) a SENAD iniciou um processo efetivo de debate da Política Nacional Antidrogas, com a realização de fóruns regionais e nacional, com o envolvimento da comunidade científica e de segmentos da sociedade civil (Brasil, 2005). Toda essa dinâmica veio a resultar na mudança de denominação, no governo Lula, para Política Pública Sobre Drogas (PPD).

Concomitante à Política Pública Sobre Drogas, o Brasil possui a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Drogas do Ministério da Saúde, com princípios e diretrizes que apontam em direção contrária à PPD.

A Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Drogas do Ministério da Saúde

Num cenário marcado pelo movimento de reforma psiquiátrica, promulgação da Constituição de 1988, da Lei orgânica da Saúde, o Ministério da Saúde formula um conjunto de proposições de enfrentamento às questões relativas aos usuários de drogas com ações nas áreas de prevenção e tratamento. A então Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), denominado Grupo Técnico de Saúde Mental, elaborou em 1987 o Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados com o Consumo do Álcool (PRONAL). O PRONAL tinha por objetivo organizar a rede de serviços de atenção aos problemas associados ao consumo do álcool, com ênfase nos cuidados primários de saúde (Brasil, 2002a). O Programa foi iniciado com a realização de curso de treinamento de equipes técnicas e, por falta de recursos, foi interrompido logo em seguida.

Com a nova Constituição, o tráfico de drogas é definido como crime inafiançável, prevendo-se o confisco dos bens de traficantes e a autorização para expropriação de terras empregadas no plantio ilícito. Por outro lado, torna-se obrigação do Estado manter programas de prevenção e assistência a usuários de drogas (Brasil, 1998). No entanto, historicamente os investimentos viram-se destinados à repressão, em detrimento das ações de prevenção.

Em 1991, foi criado pelo Ministério da Saúde o Serviço de Atenção ao Alcoolismo e à Dependência Química, como mais um dos serviços da então Coordenação de Saúde Mental. A atuação do Serviço de Atenção ao Alcoolismo e à Dependência Química voltava-se para ações de prevenção, assistência e tratamento na área de drogas. Visava a reduzir a demanda crescente, através da mudança de percepção da população em relação à questão, modificando o modelo assistencial e estabelecendo ações de apoio e expansão da rede de serviços em saúde mental, notadamente dos serviços alternativos à internação psiquiátrica (Brasil, 2002b). O Ministério da Saúde, por meio da Coordenadoria de Saúde Mental (CORSAM), passa a tomar as iniciativas políticas de reforma do modelo de atenção à saúde mental e também normatiza e estimula a implantação de novos serviços de Saúde Mental (R. C. Silva, 1995). O tratamento psiquiátrico volta-se progressivamente para o atendimento ambulatorial preconizando, ainda, uma assistência e tratamentos centrados em equipes interdisciplinares (Vasconcelos, 2000).

Ao priorizar o atendimento ambulatorial, almejava-se a redução do estigma depositado sobre aquele que era

enquadrado na condição de "doente". A busca por desmistificar a loucura nos espaços gerais da Saúde possibilitava uma compreensão diferente das necessidades básicas e intrínsecas ao ser humano, para além dos espaços protegidos dos serviços especializados (Harari & Valentini, 2001). Na década de 1990, com a Declaração de Caracas, a atenção psiquiátrica passou a ser colocada em estreita vinculação com a atenção primária à saúde: o hospital psiquiátrico deixou de ser o componente central e os serviços comunitários passaram a ser o principal meio para se obter um atendimento preventivo, acessível, descentralizado, participativo e contínuo.

A assistência psiquiátrica passou a ter um enfoque preventivo e a ser estruturado em um referencial de organização e planejamento de sistemas e serviços de saúde (Schetman, Alves, & Silva, 1996; Vargas, Loureiro, Pin, Macieira, & Siqueira, 1999). Ainda nessa década, implementam-se as primeiras experiências municipais de rede de cuidados em saúde mental a partir do novo modelo. O principal exemplo foi à criação do principal laboratório dos chamados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), na cidade de Santos. Tais núcleos foram inspirados na experiência de Trieste, Itália, onde opera um serviço comunitário de portas abertas 24h por dia e capaz de atender a praticamente todo tipo de demanda de cuidado em saúde mental, incluindo uma estrutura de alguns poucos leitos, com grande capacidade de substituição dos hospitais psiquiátricos convencionais (Vasconcelos, 2000).

Após 1995, no plano federal, registra-se um verdadeiro bloqueio às tentativas de avanço da reforma através de novas portarias de serviços e programas e um relativo esvaziamento do papel de liderança política da Coordenação de Saúde Mental no Ministério da Saúde. Apesar disso, o sucesso e a difusão crescente do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), do Ministério da Saúde, implementando equipes básicas de saúde que trabalham com a comunidade diretamente, recoloca a questão dos cuidados em saúde mental comunitária que podem ser desenvolvidas nesse nível. Um desafio nesse percurso era (e ainda é) a construção de um sistema de referência e contra-referência a serviços psiquiátricos mais complexos, a partir de uma lógica comprometida com a desinstitucionalização psiquiátrica (Pinheiro & Mattos, 2001; Vasconcelos, 2000). Uma das estratégias do Ministério da Saúde, como um dos marcos de consolidação da Política de Saúde Mental, é a implementação, em larga escala, de CAPsad (Centros de Atenção Psicossocial) para usuários de álcool e drogas, regulamentada através de portarias a partir de 2002 (Brasil, 2003).

A Política de atenção integral do Ministério da Saúde preconiza que a atenção nesse campo deve pautar-se por ações de prevenção, de tratamento e de educação. Tais ações devem-se constituir na interface do Ministério da Saúde com outros ministérios e com a sociedade organizada, reconhecendo-se o desafio de que o consumo dessas substâncias é problema de saúde pública. Como estratégia de intervenção definiu-se a Política de Redução de Danos (PRD), o estabelecimento dos CAPSad[7] e as redes assistenciais (Brasil, 2003). Almeja-se assim, a oferta de cuidados fundamentada nos dispositivos extra-hospitalares, utilizando-se o conceito de "território", a rede e a lógica ampliada da redução de danos. Para isso, enfatiza-se o caráter intersetorial da questão como o foco segundo o qual a questão deve ser encarada – como problema de saúde pública - e com o envolvimento da sociedade no debate, formulação e acompanhamento do processo.

Com a efetivação dos CAPs, que oferecem atendimento diário e serviços para a comunidade, começa a mudar o enfoque das campanhas preventivas, eliminando a associação do uso de drogas (e do álcool) à delinqüência e à marginalidade. Outro aspecto é o rompimento com as metas de abstinência. Esses serviços, de caráter substitutivo, têm por parte do Ministério a garantia do financiamento específico para os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad). A formulação da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Drogas (PAIUAD) reflete em seu texto a disposição da Coordenação de Saúde Mental em ser a protagonista, em parceria com gestores locais, universidades e sociedade civil, na construção de respostas às demandas decorrentes dessa área.

A apropriação da política de "Álcool e Drogas", referida no interior da Política Nacional de Saúde Mental, é inegavelmente um fato marcante na gestão do governo Lula. Fazendo uma análise da questão, Ferreira (2005) aponta que as coordenações de saúde mental anteriores, inseridas em um cenário político de transição, e pressionadas por convenções internacionais, não reuniram força política para tomar as rédeas da tarefa da condução da política nessa área. A coordenação atual pôde assumir essa tarefa, que foi sendo construída em um contexto político de revisão do modelo de assistência em saúde, de fortalecimento do controle social, de respeito aos direitos humanos, além do respaldo dado pelas Conferências Nacionais de Saúde Mental.

Nesse contexto, a atual coordenação pôde propor ao Ministério da Saúde a nova "*Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Drogas*". Criou uma Portaria, a GM nº 816/2002, que dispõe sobre um programa que prevê a criação de serviços específicos para essa clientela, os CAPSad, e atrela a abertura desses serviços à capacitação de Recursos Humanos. O "*Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas*" foi criado em 2002. Visa à organização e implantação de uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares de atenção aos pacientes com esse tipo de transtorno, articulado à rede de atenção

psicossocial. Tem como princípio aperfeiçoar as intervenções preventivas como forma de reduzir os danos sociais e os danos à saúde representados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas (Brasil, 2004). Entretanto, a aplicação efetiva de tais propostas ainda se coloca como um processo permeado por movimentos de resistência de toda ordem (indústria alcooleira, comerciantes, proprietários de clínicas e hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS, entre outros).

As Políticas Públicas sobre Drogas no Governo Lula

Analisando-se as propostas do então candidato à presidência da República Luís Inácio Lula da Silva (à Presidência da República – 1° mandato), observa-se que em relação ao tema "drogas" a campanha eleitoral de 2002 trouxe um discurso tímido. Entre suas propostas estavam a mudança na política de drogas com duas medidas, consideradas simbólicas por alguns autores: a mudança da Política de Antidroga para Políticas Públicas sobre Drogas (implementada em 2005) e a proposição de sua colocação junto ao Ministério da Justiça (não implementado), considerado capaz para articular outros Ministérios e a Sociedade Civil para uma resposta de natureza mais ampla (Mesquita, 2004). A mudança na denominação, entretanto, não discute a idéia estabelecida com a incorporação da denominação "*políticas públicas*".

Pensar a mudança a partir desse foco requer considerar que o problema das drogas seja prioridade do Estado, o que permite pensar a reafirmação da sua responsabilidade na condução das políticas. Estabelecer políticas públicas sobre drogas é considerar a formulação e execução, pois sem ações, sem resultados, não há garantia de sua efetivação. É exigir que o Estado implante um projeto de governo, através de programas e de ações voltadas para setores específicos envolvidos com a temática. Entre as expectativas de mudanças, espera-se: uma política que articule uma proposta de prevenção ampla, preservadora dos direitos humanos, permanente e realista; que dê atenção aos usuários de drogas, reduzindo os danos à sua saúde e à sociedade (doenças como AIDS e Hepatites, overdoses, dependência e mortes violentas, acidentes de trânsito e de trabalho, entre outros); que promova a inserção de grandes setores da sociedade, proporcionando alternativas de vida e evitando deixá-los à mercê do tráfico como forma de subsistência (Mesquita, 2004).

Mesquita (2007), refletindo sobre os desafios da política pública sobre drogas para o segundo governo do presidente Lula, destaca que a SENAD "após 4 anos de governo ainda é comandada por um general e tem o estranho nome de Secretaria Nacional Antidrogas"[8] (p. 2). Mudar a perspectiva da SENAD seria assim, o principal desafio do segundo mandato. Para este autor, uma das razões para a não-adoção das propostas do programa de governo na área das drogas seria uma luta interna intensa no governo Lula entre os favoráveis à mudança da política de drogas e os contrários à implementação de qualquer mudança. Mesquita aponta ainda para a ausência da questão das drogas no programa do presidente Lula para o segundo mandato. Em seu programa de governo 2007-2010, a questão aparece no item "Brasil sem violência", que trata da Segurança Pública e propõe "intensificar a repressão ao crime organizado, a vigilância das fronteiras para impedir o tráfico de drogas e armas e combater a lavagem de dinheiro, integrando mecanismos investigativos, ampliando as bases de dados, reforçando a cooperação internacional" (p. 22).

Entre as iniciativas em curso no ano de 2007, cabe destacar a tramitação e aprovação da Política Nacional sobre o Álcool. A política, de caráter intersetorial, propõe estratégias envolvendo vários ministérios, estabelece mecanismos de prevenção ao uso indevido do álcool e garante o acesso da população a diferentes modalidades de tratamento. A proposta da atual política aponta para a necessidade de estudos sistemáticos sobre os padrões de consumo da bebida no país e os danos associados a esse padrão, construindo indicadores[9] que poderão orientar o governo atual na construção de políticas públicas para o setor (Brasil, 2007). O decreto, entretanto, não traz definições sobre o tema mais polêmico de toda a política (reivindicada por diferentes organizações não-governamentais e em pauta na agenda política desde a década de 1980) – a restrição de horário para propaganda de todas as bebidas alcoólicas. No caso das propagandas, a regulamentação ficará a cargo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A proposta em tramitação na ANVISA prevê que a propaganda de bebidas de baixo teor alcoólico – entre 0,5 grau e 13 graus – será restrita no rádio e na televisão, proibindo sua veiculação entre 8h e 20h. No caso das bebidas com teor alcoólico superior a 13 graus - uísque e cachaça, por exemplo, a propaganda será proibida no rádio e na TV das 6h às 21h (Brasil, 2007).

A política possui dez diretrizes, a saber: (a) Redução do consumo global e pessoal, informando e estimulando o consumo seguro de bebidas alcoólicas; (b) Mudança no padrão do uso nocivo, especialmente entre jovens; (c) Proteção aos segmentos mais vulneráveis da população (jovens, indígenas, grávidas); (d) Redução drástica na associação de acidentes/mortes no trânsito com o consumo de bebidas alcoólicas; (e) Controle da propaganda de bebidas alcoólicas, especialmente da cerveja; (f) Garantia do acesso ao tratamento na rede pública de saúde (atenção básica, ambulatórios e Centros de Atenção Psicossocial e hospitais gerais); (g) Combate ao estigma relacionado aos dependentes de álcool; (h) Apoio ao "Pacto Nacional pela Redução de Acidentes e Violência associados ao Consumo de Bebidas Alcoólicas"; (i)

Implantação das ações de redução de danos relacionadas ao consumo de álcool: treinamento de garçons, promoção da saúde, orientações sobre o consumo seguro de álcool, estratégias de prevenção em eventos culturais, alternativas de transporte, fornecimento gratuito de água potável em boates; e (j) Discussão das estratégias eficazes de consenso para a restrição do acesso a bebidas alcoólicas (proibição de venda em postos de gasolina na cidade e em estradas estaduais, próximo a estabelecimentos de educação; cumprimento da legislação que impede a venda para menores de 18 anos, regulamentação de horários de funcionamento).

Para o Ministério da Saúde essa política demarcaria uma posição clara de oposição e rechaço à lógica proibicionista. Propõe ser uma política que se inscreve na perspectiva de luta pela melhoria da qualidade de vida da população brasileira (Brasil, 2007). Nesse movimento, resgata-se tanto a pauta do movimento pela reforma sanitária quanto se incorporam as recomendações do Comitê Assessor da Política de Álcool e outras Drogas[10].

Conclusão

Os dados aqui analisados apontaram a dificuldade do Estado brasileiro em adotar uma proposta de política pública menos conservadora e desvinculada dos interesses internacionais, a despeito de serem registrados ações e esforços na tentativa de superação desse traço da política sobre drogas. Como as demais políticas públicas, a política analisada apontou a descontinuidade em função das mudanças decorrentes da alternância do poder. Acompanhamos um dinâmico quadro de demandas, alianças, pactos e conflitos internos, no qual o Estado, aliando-se e subordinando-se aos interesses e convenções/tratados internacionais, colocava-se em um cenário composto por conflitos e interesses que resultavam na eleição ou não da droga como via explicativa de justificação (como estratégia de contenção) às expressões da questão social.

Individualizando o problema (inscrevendo-o com contornos morais-legais ou médico-sociais), o que se teria a eliminar é a droga. Os indivíduos que usam ou abusam de substâncias psicoativas são considerados, nessa perspectiva, como populações flutuantes, não-socializadas, cortadas de seus vínculos e que ameaçam a ordem social. Essa postura marcaria assim, uma tendência de manutenção de uma racionalidade conservadora centrada na perspectiva norte-americana de "Guerra às Drogas" (também conhecida como política da "Diplomacia das Drogas") que subsidia a política.

O processo de formulação e implementação da política pública sobre drogas oscilou entre aquilo que deveria ser – o mais transparente possível, e corresponder, da melhor forma, às necessidades dos cidadãos que são os beneficiários finais da política – e aquilo que efetivamente tem sido – um jogo marcado por pressões externas e interesses das indústrias (de um lado a indústria bélica, de outro as indústrias de bebidas alcoólicas e de produtos destinados ao refino de drogas). Muitas das ações nesse jogo de interesses ocorrem nos bastidores, subordinadas a considerações políticas ou a interesses velados. O fato é que precisamos projetar um novo desenho das arenas de enfrentamento ao uso indevido de drogas, trazendo novas possibilidades de arranjos e soluções no processo de formulação e implementação da Política Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas.

O processo político de formulação/implementação dessa política é atravessado por interesses, valores e ideologias conflitantes. Nesse embate colocam-se diferentes perspectivas teóricas, diferentes projetos societários e variadas análises de futuro. Por um lado, a direção dada às políticas governamentais no Brasil caracteriza-se mais pela preponderância de modos de regulação de acordo com as demandas ou conveniências dos interesses de dirigentes políticos ou de grupos e corporações com influência sobre o Estado. No contexto neoliberal, o esvaziamento dos princípios democráticos nacionais, as antipopulares reformas administrativas do Estado, a retirada da responsabilidade estatal na resposta às seqüelas da "questão social" marcam o tempo presente (Montaño, 2003). Esse cenário reflete, portanto, o processo segundo o qual a legislação na área vem sendo feita: em gabinetes de alguns poucos legisladores que arvoram para si a condição de conhecedores ou especialistas na matéria ou, como denominados por MacRae (1996), "guardiões da saúde psíquica da nação". Assim, convivemos com velhos e novos dilemas e desafios.

O novo na política: o debate hoje é mais aberto, apresentando diferentes perspectivas na arena política, estabelecendo enfrentamentos (situação impossível até a metade da década de 1980) que resultam em alguns avanços (fim da lei 6368, por exemplo), mas contraditoriamente também alguns retrocessos (a lei 11.343 traz a proposta de despenalização do consumo de drogas no capítulo específico de configuração das penas para tal ato). A redemocratização vivida no Brasil em fins da década de 1980 aponta para as transformações de toda ordem ocorridas nas relações entre Estado e sociedade no país, sob a influência de fatores internos e externos.

Outro aspecto a ser destacado aqui é a luta concorrencial entre setores dentro do governo sobre a quem compete a área de drogas (Gabinete de Segurança Institucional ou Ministério da Saúde). Apropriando-nos de reflexão de P. L. B. Silva e Melo (2000), podemos afirmar que a análise empírica da política sobre drogas revela que os formuladores de política trabalham com fenômenos complexos e com limitações quanto ao conhecimento disponível sobre esses fenômenos. No caso

da Política Nacional de Droga, posteriormente Antidroga e agora Política Pública Sobre Droga, a questão diz respeito aos diferentes matizes teóricos que incidem no debate e que se inscrevem no processo tanto de formulação quanto de sua posterior implementação. Os que formulam a política expressam preferências de um dado grupo (e se confrontam com preferências contrárias).

Por outro lado, o controle social hoje possível de ser desenvolvido pelos Conselhos Antidrogas (nos três níveis de poder) inscreve a participação da sociedade civil organizada na arbitragem dos interesses em jogo e acompanhamento das decisões segundo critérios pactuados. Cria-se uma nova perspectiva na qual, ao se democratizarem decisões, configura-se a presença de sujeitos que se contrapõem, que “têm” força e presença para pressionar e ter protagonismo. Ainda assim, concordando com Emir Sader sobre o fato de que *no Brasil tudo muda para tudo continuar igual*, olhamos para trás e identificamos que as estratégias hoje adotadas pelos conselhos antidrogas se revestem das mesmas características adotadas pelos antigos conselhos de entorpecentes.

O velho: o foco permanece oscilando entre a ênfase na segurança pública que reafirma a “guerra às drogas” e a ênfase na saúde pública (centrada nos danos individuais e coletivos) em um contexto latino-americano de redução do papel do Estado à função de mero facilitador na esfera da provisão – em detrimento de sua legítima prerrogativa de garantia de direitos, valores e atividades societários (Mishra, 1995), que se constituiu numa generalização da privatização das políticas sociais públicas.

Observa-se no interior do governo Lula um enfrentamento entre duas perspectivas: a Política Pública Sobre Drogas (defendida e implementada pela SENAD) e a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Drogas (defendida e implementada pelo Ministério da Saúde). Esse enfrentamento vem produzindo novas possibilidades, tais como o funcionamento de uma Câmara Especial de Políticas Públicas do Álcool, coordenada pelo Ministério da Saúde dentro do Conselho Nacional Antidrogas[11].

Concluindo, vive-se hoje um processo de discussão e revisão da atual política na esfera das drogas que poderá culminar com avanços ou retrocessos, dependendo das forças políticas e da transformação da atual agenda em políticas implementadas. Defendemos uma política que articule uma proposta de prevenção ampla, preservadora dos direitos humanos, permanente e realista; que dê atenção aos usuários de drogas reduzindo os danos à sua saúde e à sociedade, que promova a inserção de grandes setores da sociedade de forma a proporcionar alternativas de vida e a evitar deixá-los à mercê do tráfico como forma de subsistência.

Notas

1. Agradecimentos: à Fundação de Apoio à Ciência e Tecnologia do Espírito Santo (FAPES) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).
2. Conflito de interesses: Nenhuma das três pesquisadoras possui vínculo ou recebeu apoio financeiro da Secretaria Nacional Antidrogas ou do Ministério da Saúde para o desenvolvimento da presente pesquisa.
3. O conceito de droga é polissêmico. Seus significados abrangem tudo o que se ingere e que não constitui alimento, embora alguns alimentos também possam ser designados como drogas tais como: bebidas alcoólicas, tabaco, ópio, assim como inúmeras outras plantas e remédios (Carneiro, 2006). Neste artigo nos referimos às substâncias psicoativas que, sob o ponto de vista, legal são enquadradas como lícitas e ilícitas.
4. Esse termo surgiu quando o dinheiro do comércio ilícito era empregado na compra de lavanderias, com o intuito de disfarçar sua origem (Arbex Jr. & Tognolli, 2004).
5. Em outubro de 1971 entrou em vigor a lei 5726 que, mesmo crivada de críticas por dispensar o mesmo tratamento penal a usuários e traficantes, vigorou até 1976.
6. Em estudo realizado por Leal e Garcia (2005) identificou-se que 10% dos municípios brasileiros contavam com Conselhos Antidrogas (sendo que muitos foram criados, mas não implantados). Os conselhos estaduais foram criados a partir de 1981, aparecendo alguns desses registrados nas pautas do Conselho Federal de Entorpecentes entre os anos de 1981 em diante.
7. Os CAPS têm sido criticados por alguns especialistas e pesquisadores na área, não havendo consenso quanto a sua efetividade. O MS defende o modelo de CAPs e a necessidade de pesquisa de avaliação desses serviços.
8. O candidato Lula em seu programa de governo para o 1° mandato priorizava a adoção de uma política pública humanitária e pragmática, mudando o nome da Secretaria para Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre drogas e seria dirigida “preferencialmente” por um civil (Mesquita, 2007).
9. Primeiro Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira foi conduzido pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e divulgado em 2007.
10. Comitê instituído através de portaria ministerial n° 429 (de 2005) do Ministério da Saúde composto por membros que representam os segmentos do poder público, da comunidade científica e da sociedade, oriundos de instituições públicas e privadas envolvidas com atividades de promoção da saúde, prevenção e tratamento do uso de álcool e outras drogas, bem como aqueles envolvidos com o tema redução de danos.
11. Tem por objetivo promover estudos e elaborar propostas técnico/políticos sobre temas específicos na área.

Referências

Amuy, L. M. P. (2005). *A lei anti-tóxico*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em História da Ciência, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP.

Arbex, J., Jr., & Tognolli, C. J. (2004). *O século do crime.* São Paulo, SP: Boitempo.

Assumpção, A. F. A., & Garcia, M. L. T. (2005). Entraves e avan-

ços no processo de descriminalização da maconha [Resumo]. In Sociedade Brasileira de Sociologia (Ed.), *Resumos de comunicações científicas*, *Congresso Brasileiro de Sociologia.* Belo Horizonte, MG: SBS.

Babor, T. F., Caetano, R., & Casswell, S. (2003). *Alcohol: No ordinary commodity*. London: Oxford Press.

Barbosa, W. (2005). O evangelho que socorre: Breve história da assistência social adventista no Brasil. Retrieved January 02, 2007, from http://www.unasp.edu.br/kerygma

Brasil. (1975a). Portaria 397-B. *Diário Oficial da União* (Brasília, DF), Seção I, parte I.

Brasil. (1975b). *Decreto nº 76.363.* Brasília, DF: Senado Federal.

Brasil. (1976). Decreto Lei 6368. *Diário Oficial da União* (Brasília, DF), 152-156.

Brasil. (1998). Medida Provisória 1689-6. *Diário Oficial da União* (Brasília, DF).

Brasil. (1999). *Relatório do 1º Fórum Nacional Antidrogas.* Brasília, DF: Autor.

Brasil. (2000). Decreto Lei 3696. *Diário Oficial da União* (Brasília, DF).

Brasil. (2002a). Decreto Lei 4345. *Diário Oficial da União* (Brasília, DF).

Brasil. (2002b). *Política Nacional Antidrogas.* Brasília, DF: Secretaria Nacional Antidrogas.

Brasil. (2003). *Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil. (2004). Decreto Lei 1381-R. *Diário Oficial da União* (Brasília, DF).

Brasil. (2005, maio). Secretaria Nacional Antidrogas. *Boletim Informativo OBID, 4*(5). Retrieved August 19, 2005, from http://www.senad.gov.br

Brasil. (2007). *Política nacional busca reduzir violência e problemas de saúde causados pelo álcool.* Retrieved April 28, 2007, from http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/04/28/materia.2007-04-28.2876129686/view2007

Carneiro, H. S. (2006). *Bebidas alcoólicas e outras drogas na época moderna. Economia e embriaguez do século XVI ao XVIII.* Retrieved July 18, 2006, from http://www.neip.info/downloads/t_henrique_historia.pdf

Ferreira, L. E. A. (2005). *Análise de política pública de saúde mental: O caso do Espírito Santo.* Dissertação de Mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ.

Fraga, P. C. P. (2000). Juventude, narcotráfico e violência no Brasil: Para além do rural, do urbano. In A. M. M. Ribeiro & J. A. S. Iulianelli (Eds.), *Narcotráfico e violência no campo* (pp. 81-108). Rio de Janeiro, RJ: DP & A.

Garcia, M. L. T., & Leal, F. X. (no prelo). *Política Nacional Antidrogas*.

Harari, A., & Valentini, W. (2001). *A reforma psiquiátrica no cotidiano*. São Paulo, SP: Hucitec.

Iulianelli, J. A. S. (2000). O gosto bom do bode: Juventude, sindicalismo, reassentamento e narcotráfico no Submédio. In A. M. M. Ribeiro & J. A. S. Iulianelli (Eds.), *Narcotráfico e violência no campo* (pp. 192-227). Rio de Janeiro, RJ: DP & A.

Izquierdo, S. V. (2000). Focalizando a fluidez: As vias transversais do narcotráfico na Colômbia. In A. M. M. Ribeiro & J. A. S. Iulianelli (Eds.), *Narcotráfico e violência no campo* (pp. 60-80). Rio de Janeiro, RJ: DP & A.

Kopp, P. (1997). *A economia da droga*. São Paulo, SP: EDUSC.

Laranjeira, R., & Romano, M. (2003). *Políticas Públicas para o álcool.* Retrieved April 10, 2003, from http://www.uniad.com.br

Leal, F. X. (no prelo). *Conselhos municipais antidrogas no Brasil: O caso do ES.*

Leal, F. X., & Garcia, M. L. T. (2005). Começos, recomeços ou não começos: Os conselhos municipais antidrogas no Brasil [Resumo]. In Associação Brasileira de Estudos de Álcool e Outras Drogas (Ed.), *Resumos de comunicações científicas, XVII Congresso da ABEAD.* Ouro Preto, MG: ABEAD.

Macrae, E. (1996). *A desatenção da legislação de entorpecentes pelas complexidades da questão.* Retrieved October 30, 2006, from http://www.neip.info/downloads/t_edw1.pdf

Matos, M. I. S. (2000). *Meu lar é o botequim*. São Paulo, SP: Nacional.

Mcallister, W. (2001). *Drug diplomacy in the twentieth century*. New York: Routledge.

Melman, J. (2001). O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva, 2*(6), 472.

Mesquita, F. (2004). *Políticas públicas de drogas: A construção de um caminho democrático e humanitário para o Brasil.* Retrieved June 20, 2004, from http://www.reduc.org.br//pages.php?recid=4

Mesquita, F. (2007). *Desafios da política pública sobre drogas no segundo governo Lula.* Retrieved January 02, 2006, from http://www.pt.org.br

Mishra, R. (1995). *O Estado de providência na sociedade capitalista*. Oeiras, Portugal: Celta.

Montaño, C. (2003). *Terceiro setor e questão social*: *Critica ao padrão emergente de intervenção social* (2. ed.). São Paulo, SP: Cortez.

Musumeci, B. (1994). O consumo de álcool no Brasil. In A. Zaluar (Ed.), *Drogas e cidadania: Repressão ou redução de riscos* (pp. 83-96). São Paulo, SP: Brasiliense.

Organização das Nações Unidas. (2004). *Strengthening chemical precursor control in Brazil.* Retrieved May 10, 2004, from http://www.unodc.org/unodoc/drug_demand_reduction.html

Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (2001). *O sentido da integralidade na atenção e no cuidado a saúde.* Rio de Janeiro, RJ: Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Ribeiro, A. M. M. (2000). Sociologia do narcotráfico na América Latina e a questão camponesa. In A. M. M. Ribeiro & J. A. S. Iulianelli (Eds.), *Narcotráfico e violência no campo* (pp. 23-59). Rio de Janeiro, RJ: DP & A.

Rocco, R. (1996). *O que é legalização das drogas*. São Paulo, SP: Brasiliense.

Rodrigues, T. (2002). Controle internacional de drogas e estratégias políticas. *Inter-relações, 6*, 1-2.

Schetman, A., Alves, D. S. N., & Silva, R. C. (1996). Políticas de saúde mental do Ministério da Saúde [Resumo]. In IV Encontro de Pesquisadores de Saúde Mental e III Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica, *Resumos de comunicações científicas*. São Paulo, SP: Universidade de São Paulo.

Silva, P. L. B., & Melo, M. A. B. (2000). O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: Características e determinantes da avaliação de programas e projetos. *Núcleo de Estudos de Políticas Públicas* (Campinas), *48*.

Silva, R. C. (1995). Política do Ministério da Saúde na área de drogas [Resumo]. In XI Congresso Brasileiro de Alcoolismo e outras Dependências, *Resumos e comunicações científicas.* Belo Horizonte, MG: ABEAD.

Vargas, C. M., Loureiro, R. J., Pin, J. G., Macieira, M. S., & Siqueira, M. M. (1999). Assistência de enfermagem psiquiátrica nas instituições de saúde da Grande Vitória. *Jornal Brasileiro de Psi-*

quiatria, 48(1), 15-19.

Vasconcelos, E. M. (2000). *Saúde mental e Serviço Social.* São Paulo, SP: Cortez.

Zaluar, A. (2004). *Drogas: Um problema no Brasil e no mundo.* Retrieved June 20, 2004, from http://www.reduc.org.br//pages.php?recid=4

Maria Lúcia Teixeira Garcia possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), graduação em História e mestrado em Psicologia pela mesma universidade e doutorado em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (USP). Atualmente é professora adjunta III da UFES. Endereço para correspondência: Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas, Departamento de Serviço Social, Av. Fernando Ferrari, s/n, Goiabeiras, Vitoria, ES, 29000-000. Tel.: (27) 3335 2587; Fax: (27) 3335 2587.
lucia.garcia@cnpq.br

Fabíola Xavier Leal é assistente social, mestre em Política Social pela UFES.
fabiolaxl@yahoo.com.br

Cassiane Cominoti Abreu é mestranda em Política Social pela UFES.
cassiufes@yahoo.com.br

A Política Antidrogas Brasileira: Velhos Dilemas
Maria Lúcia Teixeira Garcia, Fabíola Xavier Leal e Cassiane Cominoti Abreu
Recebido: 10/10/2007
1ª revisão: 23/01/2008
2ª revisão: 29/03/2008
Aceite final: 19/04/2008